Aus der psychiatrischen Klinik zu Rostock.

Zur
Casuistik der Unfall-Neurosen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät der Universität zu Rostock

vorgelegt

von

Vollrath Kablitz

aus **Schwerin.**

ACAD. MED. RAT BIBL.

ROSTOCK.

Rats- und Universitäts-Buchdruckerei von Adlers Erben, G. m. b. H.

1910.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Rostock.

Referent: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Schuchardt.

Seinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551525_0052

Die Beobachtung, daß nach plötzlichen Unfällen nervöse Störungen verschiedener Art auftreten können, ist schon von den älteren Ärzten im 18. Jahrhundert gemacht worden und hat von jeher das größte Interesse erregt. Eine genauere Beschreibung fanden diese Erkrankungen aber erst im vorigen Jahrhundert, als nach dem Aufschwung der Industrie und der Entwickelung des Eisenbahnwesens auf Grund von Haftpflichtgesetzen und der gesamten Arbeiterversicherungs-Gesetzgebung Entschädigungsansprüche nach Unfällen gestellt wurden, die die Ärzte zwangen, den nervösen Erkrankungen nach Verletzungen ein größeres Interesse zu schenken. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß in England, dessen Industrie und Eisenbahnwesen zuerst einen großen Aufschwung nahm, und wo schon im Jahre 1861 die Haftverbindlichkeit der Eisenbahngesellschaften bei Unglücksfällen gesetzlich geregelt wurde, zuerst nervöse Störungen nach Unfällen eingehend studiert und beschrieben wurden. Im Jahre 1866 veröffentlichte Erichsen seine Beobachtungen in der Schrift: „On railway and other injuries of the nervous system", übersetzt von Kelp, der im Jahre

1875 eine zweite Abhandlung folgte, die den Titel führt: „On concussion of the spine, nervous shok and other obscure injuries of the nervous system". In beiden Veröffentlichungen schildert Erichsen die von ihm beobachteten nervösen Erkrankungen nach Verletzungen, besonders nach Eisenbahnunfällen. Indessen beherrschten die letzteren, weil sich an sie oft wichtige forensische Fragen knüpften, das Interesse so sehr, daß die Bezeichnung „railway-spine" für Erkrankungen dieser Art allgemein gebräuchlich wurde.

Was das von Erichsen gezeichnete Krankheitsbild betrifft, so betont er besonders, daß die nervösen Erscheinungen meist nicht in unmittelbarem Anschluß an den Unfall auftreten, sondern, daß eine etwas längere Entwickelungszeit vorhergeht. Der Kranke versucht zunächst weiter zu arbeiten, erst nach einigen Tagen entwickeln sich mannigfache nervöse Beschwerden: Schmerzen im Rücken und in der Kreuzgegend, Empfindlichkeit der Wirbel, Kopfschmerzen, Gefühl von Unruhe und Angst, Abnahme des Gedächtnisses, Schwindelgefühl, Sensibilitätsstörungen, Sehstörungen, Ohrgeräusche, Abnahme der libido sexualis. Diesen Symptomenkomplex, der vielen der heute gemachten Beobachtungen noch entspricht und viele Erscheinungen enthält, die jetzt als psychische bezeichnet werden, führte Erichsen auf eine organische Veränderung der Rückenmarkssubstanz und der Meningen, eine Art von Meningomyelitis, hervorgerufen durch eine mechanische

Erschütterung des Rückenmarks und Gehirns, zurück. Seine Ausführungen riefen damals einen lebhaften Meinungsaustausch hervor, bei dem besonders von den Amerikanern der Erichsenschen Anschauung von dem railway-spine lebhaft widersprochen wurde, ohne daß durch die Diskussion die Erkenntnis dieser Krankheitsform gefördert wurde.

In Deutschland fanden die hierher gehörigen Erkrankungen erst nach der Einführung des Haftpflichtgesetzes im Jahre 1871 eine vermehrte Beachtung. Leyden in seinem Lehrbuch der Rückenmarkskrankheiten und Erb in Ziemssens Handbuch waren die ersten, die sich mit dem Gegenstande beschäftigten. Im Vordergrund des Interesses standen auch bei ihnen noch die Verletzungen bei Eisenbahnunfällen. Die beiden Autoren schlossen sich im wesentlichen der Auffassung Erichsens von der Natur und der Grundlage des Leidens an.

Aus der großen Zahl der nun erscheinenden Publikationen (Bernhardt 1876, Westphal 1879) verdient besonders die von dem praktischen Arzte Rigler 1879 veröffentlichte Schrift: „Über die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere die Verletzungen des Rückenmarks" erwähnt zu werden, die eine reichhaltige Casuistik enthält und wegen ihrer praktischen Tendenz eine weite Verbreitung fand. Auch er verlangt wie seine Vorgänger zur Diagnose noch einen Symptomenkomplex, wie ihn nur eine anatomische

Läsion des Rückenmarks erzeugen kann, wenn er auch das psychische Moment wenigstens nicht ganz negiert.

Die rein spinale Theorie wurde erst erschüttert, als der Psychiater Moeli im Jahre 1881 seine Beobachtungen veröffentlichte. Er wies nach, daß nicht bloß spinale, sondern auch cerebrale Symptome, besonders psychische Störungen charakteristischer Art, eine wichtige Rolle in dem Krankheitsbilde spielen, und maß in ätiologischer Beziehung nicht nur der mechanischen Erschütterung des Rückenmarks und Gehirns, sondern auch psychischen Momenten wie dem bei dem Unfall erlittenen Schreck und der Erregung Bedeutung bei.

Nach Moeli waren es zunächst die amerikanischen Forscher Wilkes, Walton und Pufnam, die die funktionelle Natur des ganzen Krankheitsbildes betonten. In dieselbe Zeit (die Jahre 1883 und 1884) fallen auch die Publikationen zweier deutscher Autoren, Thomsen und Oppenheim, die, gestützt auf das reiche Material der Berliner Charité, auf gewisse häufig vorkommende sensibel-sensorische Störungen hinwiesen, welche auf einen cerebralen Sitz und die funktionelle Natur dieser Krankheitserscheinungen schließen ließen. Wenigstens einen Teil der Symptome aber glaubten die beiden genannten Autoren zunächst noch aus organischen Veränderungen des Gehirns (railway-brain) herleiten zu müssen.

Weiter ausgestaltet wurde die Lehre von der uns beschäftigenden Krankheitsform dann auch durch die Erkenntnis, die sich allmählich Bahn brach, daß jede Verletzung, nicht nur direkt den Schädel oder die Wirbelsäule treffende Erschütterungen, sondern auch geringe peripherische Verletzungen, die Entstehung des Leidens hervorrufen könnten, daß demnach der psychische Shok das Wesentliche sei.

Es ist das bleibende Verdienst Charcot's, mit beharrlicher Konsequenz betont zu haben, daß die von ihm und seinen Vorgängern beobachteten Lähmungserscheinungen und Sensibilitätsstörungen nach Unfällen in der allergrößten Mehrzahl der Fälle keine anatomische Grundlage hätten, sondern rein funktioneller Natur seien, und daß das ganze Krankheitsbild mit der schon längst bekannten Hysterie identisch sei und zwar eine Form der Hysteria virilis, eine Névrose hystéro-traumatique, darstelle, die er als durch Autosuggestion entstanden erklärte. Zur Begründung dieser Theorie versetzte er gesunde Personen in den Zustand der Hypnose und fand, daß es möglich sei, fast sämtliche Symptome der Unfallsnervenkrankheiten durch hypnotische Suggestion hervorzurufen. Er schloß nun, daß der im Moment des Traumas durch die Aufregung und den Schrecken hervorgerufene ungewöhnliche psychische Zustand dem hypnotischen entspräche und eine Art von momentaner Bewußtseinsstörung bedinge, in der eine Autosuggestion des betreffenden Individuums erfolge.

Der Anschauung, daß die in Rede stehende Erkrankung eine rein funktionelle sei, konnte sich nun auch Oppenheim nicht länger verschließen, nur wandte er ein, Charcot und seine Schule hätten bei ihren Beobachtungen nicht beachtet, daß der psychische Zustand der von dem Trauma Betroffenen, der durch eine andauernde melancholische Verstimmung charakterisiert sei, sich von dem gewöhnlichen Bilde der Hysterie unterscheide. Dies Argument erkannte Charcot zunächst nicht an, vielmehr behauptete er, die andauernde seelische Verstimmung der Kranken gehöre zum Krankheitsbilde der männlichen Hysterie. In der nun sich entspinnenden literarischen Fehde über die Sache kam es insofern zu einer Einigung, als Charcot selbst und seine Schüler später die Ansicht aufgaben, daß es sich bei den Unfallsneurosen um reine Hysterie handle, und dieselben als Hystero-Neurasthenie d. h. als eine Mischung der Hysterie mit der Neurasthenie bezeichneten.

Im Jahre 1889 erschien die Monographie Oppenheims „Die traumatischen Neurosen", in der er seine in der Nervenklinik der Charité in den Jahren 1883 bis 1888 gesammelten Beobachtungen zusammenfaßte und in ausführlicher Weise die Symptomatologie der Erkrankung schilderte. In dieser Schrift erkannte er die rein funktionelle Natur der Krankheitszustände an und schloß, wie schon der Name „traumatische Neurose" andeutet, alle Unfallsnervenerkrankungen auf organischer Basis

aus. Die von ihm beobachteten Störungen, hervorgerufen der Hauptsache nach durch ein psychisches Trauma, stellen teilweise, aber bei weitem in der Minderzahl, reine Formen der Hysterie oder Neurasthenie dar. Hauptsächlich für die Mischformen jedoch, welche weder ganz in das Gebiet der Hysterie noch in das der Neurasthenie gehörten, sondern daneben noch das Bild der Hypochondrie oder, wie in vereinzelten Fällen, das einer einfachen Psychose darboten, schuf er die neue Bezeichnung: „traumatische Neurosen", um damit auszudrücken, daß diese Krankheitsbilder eine klinische Sonderstellung einnehmen.

Oppenheims Abhandlung wurde von den Fachgenossen zunächst mit Beifall begrüßt, und der neue Name allseitig angenommen. Bedeutende Kliniker und Ärzte, u. a. auch Strümpell, der allerdings außer der allgemeinen traumatischen Neurose noch eine lokale unterschied, erklärten sich mit den Anschauungen Oppenheims einverstanden. Bald jedoch wurden von verschiedenen Seiten einzelne Punkte seiner Lehre angegriffen, und es entwickelte sich ein lebhafter Kampf um Wesen und Namen dieser, wie es schien, neuen Krankheitsform, der hauptsächlich in Deutschland geführt wurde, wo nach dem Zustandekommen des Unfallversicherungsgesetzes die Unfallsneurosen ein erhöhtes Interesse beanspruchten.

Der Name „traumatische Neurose" hatte sich schnell eingebürgert und führte dazu, daß von

vielen Ärzten angenommen wurde, die traumatische Neurose sei eine besondere Nervenerkrankung, die speziell nach Unfällen auftrete und eine schlechte Prognose habe. Diese falsche Auffassung hatte dann wieder zur Folge, daß nicht mehr wie früher eine Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Neurasthenie zu stellen versucht wurde, sondern unterschiedslos wurde die Diagnose auf traumatische Neurose gestellt, weil eben die Störungen nach einem Unfall aufgetreten sein sollten.

Gegen diesen Mißbrauch des Krankheitsbegriffes wandte sich zunächst Eisenlohr in seinen „Bemerkungen über traumatische Neurosen", ferner auch Charcot, Friedrich Schultze und Jolly, welche betonten, daß es nicht nötig sei, die Neurosen nach Unfällen als ein Krankheitsbild sui generis aufzustellen, da es sich aus den Symptomen der bekannten Neurosen, der Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie oder einer einfachen Psychose zusammensetze. Auch auf dem internationalen medizinischen Kongreß zu Berlin im Jahre 1890 fand eine lebhafte Diskussion über diesen Gegenstand statt, ohne daß eine vollständige Einigung zustande gekommen wäre, weshalb im Jahre 1893 auf dem Kongreß für innere Medizin zu Wiesbaden das Thema noch einmal zur Erörterung kam. Hier trat eine gewisse Klärung der strittigen Punkte, die sich besonders auf das Wesen der Erkrankung und die Objektivität der Symptome bezogen, ein. Allgemein anerkannt wurde, daß die Ansicht, die traumatische

Neurose sei ein einheitliches Krankheitsbild, wissenschaftlich nicht haltbar sei, da es sich um längst bekannte Neurosen resp. echte Psychosen und deren Mischformen handle, und da ohne traumatische Ursache entstandene Nervenkrankheiten dieselben Symptome darbieten könnten. Besonders stellte sich Strümpell in seinem Referate auf diesen Standpunkt und ging dann näher auf die sogenannten objektiven Symptome der Unfallnervenerkrankungen, insbesondere die sensibel-sensorischen Anaesthesieen, ein, die er in der Mehrzahl als psychogen, d. h. durch Vorstellungen bedingt, entstanden erklärte. Als veranlassendes Moment dieser Erscheinungen wollte er nicht nur den psychischen Shok beim Unfall selbst, sondern auch die später entstehende Sorge um die Existenz der Familie, die Furcht nie wieder arbeitsfähig zu werden, häufig auch die vielen ärztlichen Untersuchungen aufgefaßt wissen.

Strümpell ging später noch weiter. In seiner Broschüre „Über die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken" aus dem Jahre 1895 trat er dafür ein, daß der Ausdruck „traumatische Neurose" überhaupt besser vermieden würde, und forderte dazu auf, nach den sog. objektiven Symptomen, wie Anaesthesieen, Gesichtsfelddefekten, Unregelmäßigkeiten der Atmung und der Herzaktion, nicht mehr zu forschen, da ihr Wert ein äußerst geringer sei. Häufig fast allein ausschlaggebend für die Entwicklung der Störungen seien neben den schon früher von dem Autor hervorgehobenen und

oben erwähnten hypochondrischen Vorstellungen die „Begehrungsvorstellungen", d. h. der Wunsch des Kranken, eine möglichst hohe Rente zu erlangen. Wie wichtig die Entschädigungsfrage für die Entstehung der Unfallneurosen ist, und wie sehr sich der Kranke von dem Bewußtsein, eine Rente beanspruchen zu können, beeinflussen läßt, haben auch die Beobachtungen von Sänger und Jeremias gezeigt, daß Unfallsnervenkranke ohne Entschädigungsansprüche ihre Beschwerden oft geradezu untertrieben.

Demgegenüber betonte Oppenheim, daß Strümpell zu weit gehe, wenn er den Begehrungsvorstellungen die wichtigste Rolle bei der Entstehung der Unfallsnervenkrankheiten zuschreibe, denn demnach müßte es bei den besser situierten Ständen, wo diese Vorstellungen wegfielen, da keine Rente zu erwarten stände, überhaupt keine Unfallneurosen geben. Derartige Fälle seien aber mehrfach in der Literatur beschrieben. Auch hielt Oppenheim nach wie vor an der relativen Objektivität der Symptome fest, worin ihm auch andere Autoren, wie Wilbrandt, König und Nonne, beipflichteten.

Ein begünstigendes Moment bei der Entstehung der in Rede stehenden Erkrankung bilden ohne Zweifel gewisse prädisponierende Momente, die eine abnorme Reaktionsfähigkeit des Nervensystems auf äußere Einwirkungen bedingen. In erster Linie ist da chronischer Alkoholismus und Lues zu nennen, auf deren Häufigkeit gerade bei der arbeitenden

Bevölkerung A. Hoffmann hinwies. Sänger machte später außerdem auf die frühzeitige Arteriosklerose der Arbeiter und ihre Bedeutung für die Entstehung der Unfallneurosen aufmerksam. Daß die hereditäre Belastung, die in den hier meist in Betracht kommenden Bevölkerungskreisen durchaus nicht selten ist, mit in Rechnung zu ziehen ist, versteht sich von selbst.

Ein noch heftigerer Kampf als um die Frage nach der Ätiologie des Leidens entstand um die Frage nach der Häufigkeit der Simulation.

Einige Autoren leugneten die Simulation überhaupt, andere wie Hoffmann, Friedrich Schultze und Seeligmüller konnten dagegen in vielen der von ihnen beobachteten Fälle Simulation konstatieren. Die Diskussion auf dem internationalen medizinischen Kongreß zu Berlin im Jahre 1890 zeigte deutlich, wie verschieden die Neigung bei den einzelnen Beobachtern war, Simulation beziehungsweise Übertreibung anzunehmen. Eine gewisse Einigkeit über diesen Punkt wurde auf dem Wiesbadener Kongresse erzielt. Man nahm an, daß Übertreibung und Simulation eines einzelnen Symptomes häufig, dagegen eine Simulation des ganzen Krankheitsbildes sehr selten sei.

Die neuesten Publikationen beschäftigen sich wieder mit der Ätiologie der traumatischen Neurose, und zwar neigen sich die Autoren wieder der ältesten, längst abgetan geglaubten Auffassung zu. So betont besonders Strümpell, daß nament-

lich bei den schwereren Formen feine molekulare Veränderungen im Zentralnervensystem vorhanden seien. Gestützt wurde diese Ansicht durch anatomische Befunde. Schmaus gelang es durch experimentelle Erschütterungen, kleine Nekroseherde im Rückenmark zu erzeugen. Auch die Beobachtung, daß aus anfangs rein funktionellen Symptomen sich allmählich schwere organische Nervenkrankheiten entwickeln können (Erb's progressive spinale Muskelatrophie nach Trauma), scheinen für diese Auffassung zu sprechen. Indessen muß man sagen, daß diese organisch begründeten Formen der Unfallnervenerkrankungen sehr selten sind, und daß für die überwiegende Mehrzahl der Fälle die Auffassung bestehen bleibt, daß sie rein funktioneller Natur sind. Dieser Auffassung schließt sich auch Bruns an, der sich folgendermaßen äußert: „Können wir uns also auch der Ansicht nicht verschließen, daß bei einem gewissen Teil der heute zu den Unfallsneurosen gerechneten Fälle — streng genommen gehören sie ja dann nicht hierher — organische Veränderungen wenigstens die Ursache eines Teiles der Symptome sind, so darf das doch nicht die mühsam errungene Erkenntnis erschüttern, daß die weitaus meisten Unfallsnervenkrankheiten echte Neurosen ohne jede anatomische Grundlage sind, und daß für ihre Entstehung, wie auch für die gleichen Neurosen ohne Trauma, nicht physikalische, sondern psychische, nicht materielle, sondern seelische Erschütterungen die Hauptrolle spielen. Nur so ist

es auch zu erklären, daß Schwere des Unfalls und Folgen desselben so oft in gar keinem Verhältnisse stehen; nach den kleinsten Verletzungen grobe Störungen, nach ganz schweren manchmal gar keine."

Im Folgenden sei es mir nun gestattet, drei Fälle der letzten Jahre aus der psychiatrischen Klinik zu Rostock näher zu beschreiben, deren Veröffentlichung mir von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Schuchardt gütigst erlaubt wurde. Sie stellen in ihrer Gesamtheit ein typisches Bild der psychischen und nervösen Erkrankungen nach Unfällen dar, für die der Name traumatische Neurose noch heute gebräuchlich ist.

Erster Fall.

Es handelt sich um einen 28 jährigen bisher stets gesunden Arbeiter K. F. Derselbe war am 28. August 1899, während er einen Sack Korn trug, eine nicht sehr hohe Treppe etwa 6 Stufen heruntergeglitten, in der Weise, daß er über den Rand einer Stufe mit dem rechten Fuß abrutschte. Er verspürte dabei sofort heftige Schmerzen in der Gegend der rechten Wade, die auch angeschwollen sein soll. Trotzdem arbeitete F. weiter und konsultierte erst später einen Arzt. Nach einiger Zeit konnte er wieder leichte Arbeit übernehmen; es sollen aber beim Tragen schwerer Lasten immer Schmerzen an dieser Stelle aufgetreten sein.

Am 26. Februar 1900 erlitt er einen zweiten Unfall, der in ähnlicher Weise verlief wie der erste. Beim Strohtragen tat er einen Fehltritt auf einer Leiter, er verlor mit dem rechten Fuß den Halt auf der oberen Sprosse und stieß auf der unteren mit einer gewissen Wucht auf. Auch diesmal verspürte er sofort einen heftigen Schmerz im rechten Bein, arbeitete jedoch trotzdem weiter und zog erst nach einigen Tagen, am 1. März 1900, wegen heftigerer Schmerzen und einer aufgetretenen Schwellung einen Arzt hinzu.

Dieser fand in der Mitte der rechten Wade eine walnußgroße, harte, auf Druck empfindliche Stelle. Der Gang war stark hinkend. Einreibungen und Bindenwickelungen hatten keinen wesentlichen Erfolg. Deswegen wurde F. am 18. August 1900 einem medico-mechanischen Institut überwiesen und daselbst bis zum 7. Oktober behandelt.

Der Anstaltsarzt kam auf Grund seiner Beobachtung zu der Überzeugung, daß F. arbeitsfähig sei und seine Beschwerden simuliere. Die Simulation sei ihm aber als eine bewußte nicht anzurechnen, da er nervös belastet sei.

Auf Grund dieses Gutachtens wurde die Rentenzahlung eingestellt, wogegen F. am 19. November 1900 unter Vorlage eines Zeugnisses des erstbehandelnden Arztes, welcher seine Klagen als durchaus glaubhaft bezeichnete, protestierte.

Vom Schiedsgericht wurde die Berufung auf

Grund des Erachtens eines dritten Arztes als unbegründet zurückgewiesen.

Gegen dies Urteil ließ F. durch seinen Rechtsanwalt Berufung beim Reichsversicherungsamt einlegen mit der Begründung, daß er seit jenem Unfall vollständig erwerbsunfähig sei, und daß, wenn mehr nervöse Störungen vorlägen, auch diese auf den Unfall zurückzuführen seien, da er früher vollkommen leistungsfähig gewesen sei. Seitens des Landesversicherungsamtes wurde dann in dieser Sache die Großherzogliche Medizinalkommission zu Rostock um Abgabe eines Obererachtens ersucht.

Die Kommission überwies F. zunächst der chirurgischen Klinik zu Rostock. Hier wurde nach längerer Beobachtung folgender Befund erhoben:

F. ist sehr kräftig gebaut, gut genährt und hat gesundes Aussehen. Die inneren Organe sind ohne nachweisbare krankhafte Veränderungen. An der Rückseite der rechten Wade wird eine bestimmte Stelle von F. immer als schmerzhaft bezeichnet, namentlich dann, wenn die Wadenmuskulatur krampfhaft zusammengezogen und passiv stark angespannt wird. Die Untersuchung dieser Gegend ist durch eine besonders reichliche Fettanhäufung etwas erschwert, es macht aber doch den Eindruck, daß an einer Stelle, etwa handbreit unter dem Köpfchen des Wadenbeines, sich eine geringe Verhärtung im Unterhautbindegewebe befindet, wo eine etwas stärkere Fixierung der Weichteile auf der Fascie vorhanden ist.

Das ist das einzige, was durch die Untersuchung festzustellen ist. Die Muskulatur ist beiderseits gleich kräftig entwickelt, keine Muskelgruppe ist gelähmt. Die Bewegungen sind alle aktiv und passiv in vollständig normaler Weise und Ausdehnung möglich. Auch die Gelenkbewegungen sind in keiner Weise gestört, auch an sich nicht schmerzhaft. Die Sensibilität ist normal, die Sehnenreflexe sind beiderseits eher etwas stärker als normal. In ruhiger Rückenlage läßt sich das rechte Knie etwas mehr überstrecken als das linke. Dabei wird auch nicht über Schmerzen geklagt, hingegen tritt bei gestreckter Stellung sofort der Schmerz ein, wenn man die Fußspitze gewaltsam nach oben drängt. Bei rechtwinkeliger Beugung des Kniegelenks wird auch bei Betastung kein besonders starker Schmerz angegeben, und man kann in dieser Stellung auch die Streckung des Fußes nach oben in ziemlich starker Ausdehnung ausführen, ohne daß dabei über Schmerzen geklagt wird.

Ganz auffallend ist der Gang des F., der ja zweifellos ein allmählich angenommener ist; es wird beim Gehen das ganze Bein in stärkster Streckung gehalten, sogar etwas überstreckt, und dabei in stärkster seitlicher Abduktion in einer höchst gezwungenen Weise aufgesetzt. Dieser Gang macht ohne Zweifel auf jeden Unbefangenen den Eindruck des Gekünstelten. F. ist aber so davon durchdrungen, daß dies die einzige Art sei, in der er sich fortbewegen könne, daß er zu den verschiedensten

Zeiten in ganz gleicher Weise diese Gangart ausgeführt hat. Dabei macht er ein schmerzverzerrtes Gesicht, als ob er tatsächlich trotz dieser gezwungenen Haltung bei jedem Schritt heftige Schmerzen verspüre.

Recht lehrreich war ein Versuch, der mit ihm angestellt wurde. In normaler Streckstellung wurde das rechte Bein im Kniegelenk durch einen Verband ruhig gestellt. Mit diesem Verband ging F. ganz behende und mit Ausnahme der steifen Haltung des Kniees kaum behindert. Er gab auch selbst zu, daß er in einem solchen Verbande ganz gut und ohne Schmerzen gehen könne.

Was den Eindruck, den das Verhalten F.'s machte, betrifft, so glaubte man in der chirurgischen Klinik zunächst, es mit einem Simulanten oder mindestens mit einem starken Übertreiber zu tun zu haben, bei längerer Beobachtung jedoch kam man davon ab, da der Patient im ganzen einen zu schwachsinnigen Eindruck machte, als daß man ihm eine so vollständig durchgeführte Simulation hätte zutrauen können. Gegen die Annahme einer Simulation sprach auch der Umstand, daß F. die durch den Verband erzielte Besserung ohne weiteres zugab.

Als Erklärung für die Schmerzen wurde angenommen, daß an der Stelle, die F. als verletzt bezeichnete, irgend eine geringfügige Veränderung zurückgeblieben sei, welche bei einer bestimmten Haltung des Beines gezerrt würde und dadurch Schmerzen hervorrufe. Diese Veränderung könnte

in einem vernarbten Muskelriß oder in einem Fascienschlitz bestehen. Um die schmerzhafte Stelle einer genauen Untersuchung zugänglich zu machen, wurde eine geringfügige Operation vorgeschlagen.

Die chirurgische Klinik faßte dann ihr Urteil dahin zusammen, daß den Angaben F.'s, daß er an der genannten Stelle bei bestimmten Bewegungen Schmerzen habe, und daß diese eine Folge des Unfalls seien, Glauben beizumessen sei. Andererseits aber habe man die Überzeugung gewonnen, daß die Schmerzen keinesfalls so bedeutend sein könnten, daß sie eine derartig schwere Schädigung der Leistungsfähigkeit mit sich brächten, wie von F. behauptet würde. Als Rente schlug die Klinik 25 % vor und empfahl, dem F. eine Schienenhülse, welche das Kniegelenk in gestreckter Stellung fixiert, anfertigen zu lassen.

Seitens der Medizinalkommission wurde F. sodann der psychiatrischen Klinik zu Gehlsheim zwecks Beobachtung auf seinen Geisteszustand überwiesen. Das Resultat derselben war folgendes:

F. ist eine Persönlichkeit, die in ihrem Äußern schon deutlich den Stempel geistiger Schwäche zeigt, bei allen Unterhaltungen tritt dies mehr und mehr zu Tage. Abgesehen von einem Mangel an Kenntnissen zeigt sich ein offenkundiger Mangel des Urteils und eine volle Indolenz hinsichtlich der ihn umgebenden Verhältnisse. Er ist über die Zeit nur mangelhaft orientiert; über seinen Verdienst pro Tag vermag er Auskunft zu geben, ist aber nicht

imstande, seinen Wochenverdienst anzugeben. Er erklärt, dies habe alles seine Frau besorgt, und vor der Ehe habe es sein Vater besorgt. Über den Zeitpunkt seines Eintrittes beim Militär weiß er nichts anzugeben, er sei aber nach wenigen Wochen wahrscheinlich wegen einer Ohreiterung entlassen.

Alle Antworten werden langsam, häufig nach langem Besinnen gegeben; F. macht dabei einen verlegenen und unsicheren Eindruck; ist er imstande, etwas richtig beantworten zu können, dann zeigt sich ein gewisser Stolz über diese Leistung auf seinem Gesicht.

Es ist sicher, daß bei F. ein hoher Grad von Schwachsinn besteht, welcher für ihn eine gewisse Beaufsichtigung und Leitung, wie dieselbe auch durch seine Angehörigen ausgeübt wird, notwendig macht. Unter dem zwingenden Einfluß dieses Schwachsinns hat sich dann nach den Unfällen ein nervöser Zustand ausgebildet, der vollkommen mit unter das Bild der traumatischen Neurose, richtiger gesagt der traumatischen Hysterie, fällt. Auf dem Wege der Vorstellung ist die Unfähigkeit beziehungsweise schwere Behinderung des Gehens entstanden und wird dadurch dauernd erhalten. Simulation ist jedenfalls in keiner Weise vorhanden.

In Folge dieses nervösen Leidens aber wird die Erwerbsunfähigkeit, welche, lediglich in Richtung der Verletzung betrachtet, auf 25 % geschätzt ist, auf 100 % zu setzen sein. Zurzeit ist F. vollkommen

außer Stande, irgend etwas zu erwerben. Zur Frage aber steht, ob der vorhandene Zustand nicht durch geeignete Behandlung zu bessern, und dadurch die Erwerbsfähigkeit zu erhöhen beziehungsweise voll wiederherzustellen ist.

Bezüglich des weiteren Verlaufes ist zu bemerken, daß F. sich nach langem Hin- und Herreden, und nachdem er schon einmal das Krankenhaus heimlich verlassen hatte, angeblich, weil er von seinen dortigen Mitkranken gehänselt und geängstigt worden sei, endlich dazu entschloß, seine Zustimmung zu der ihm wegen des zu erwartenden psychischen Erfolges vorgeschlagenen Operation zu geben. Dieselbe wurde am 6. Juli 1901 in der chirurgischen Klinik in Chloroformnarkose ausgeführt. Es konnte bei dem Einschnitt nicht der geringste pathologische Befund festgestellt werden. Die Wunde wurde sofort wieder durch eine Naht verschlossen, und ein Gipsverband darüber angelegt. F. wurde dann zur weiteren Beobachtung abermals der psychiatrischen Klinik überwiesen. Hier wurde der Gipsverband am 18. Juli entfernt. F. gebrauchte nun das rechte Bein in der gleichen ausgiebigen Weise wie das linke, hatte nirgends Schmerzen, auch machten die Bewegungen keinerlei Schmerzen. Lediglich eine leichte Steifigkeit kennzeichnete sich, welche ihre Erklärung findet in dem längeren Liegen im Gipsverbande und in der langen gezwungenen Haltung des Beines während der Zeit der nervösen Erkrankung. F. selbst erklärte, daß er jetzt wieder

vollständig arbeitsfähig sei, und wurde als voll arbeits- und erwerbsfähig entlassen.

Zweiter Fall.

Der Arbeiter N. L., 46 Jahre alt, erlitt im April 1907 beim Eisenbahnbau einen Unfall, indem eine mit Sand beladene Lowry umkippte und gegen seine beiden Beine schlug. Das linke Bein war nur gequetscht ohne äußere Verletzungen, das rechte wurde verwundet und gebrochen. Im Krankenhaus zu Neukalen, wohin er sofort gebracht wurde, heilte das linke Bein in ungefähr 4 Wochen, das rechte mußte mehrfach „geschnitten" werden. Dabei ist ihm auch ein Stück Knochen herausgenommen worden. Er wurde dann am 22. August 1908 auf Ersuchen der Tiefbau-Berufsgenossenschaft in die chirurgische Universitäts-Klinik zu Rostock aufgenommen, wo folgender Befund erhoben wurde:

Die durch den Unfall entstandenen Verletzungen des L. an beiden Beinen sind gut geheilt. Trotzdem geht L. nur mittelst zweier Krücken oder Stöcke, anders ist er zum Gehen nicht zu bewegen. Er schont dabei das rechte Bein, setzt es garnicht oder nur ganz leicht auf den Boden. Trotzdem ist der Gang ganz sicher und behende. Während der Behandlung in der Klinik besserte sich der Zustand nur wenig. L. war dauernd außer Bett; es wurden Massage, Elektrizität, Heißluftbehandlung, Bewegungs-

übungen angewandt, und nach Möglichkeit ein suggestiver Einfluß auf den Gemütszustand auszuüben versucht. Indessen scheiterten die meisten Bemühungen an dem stets gleichen passiven Widerstand des Patienten. Trotz dauernder Ermahnungen und Belehrungen war er nicht einmal dazu zu bewegen, versuchsweise nur mit einem Stock zu gehen, sondern versicherte immer wieder, er könne mit den Stöcken „gut gehen". Ein objektiv nachweisbarer Grund für den Nichtgebrauch des rechten Beines ist nicht vorhanden. Da es durchaus normal ist, und weder eine Muskellähmung, noch eine Gelenkversteifung, noch Zeichen einer Nervenläsion, an die man denken könnte, bestehen, so ist es im mechanischen Sinne trag- und gebrauchsfähig.

Das ganze Benehmen und Wesen des L. legt den Gedanken nahe, daß es sich hier um nervöse Störungen handelt, die sich im Anschluß an den Unfall durch die langdauernde Krankheit entwickelt haben, um eine sogenannte traumatische Neurose. Dafür spricht auch eine Steigerung der Reflexe, das Zittern der Hände und eine auffallende Überempfindlichkeit der Haut am rechten Unterschenkel. Auch der Mangel an Energie — die Ursache der Schwäche, Abmagerung und Gebrauchsunfähigkeit des rechten Beines — läßt sich auf diese Erkrankung zurückführen.

Ob L. seine Beschwerden wissentlich übertreibt resp. simuliert, läßt sich schwer entscheiden, erwiesen ist es nicht. Die beobachteten Störungen

und die subjektiven Beschwerden lassen sich ohne Zwang zu dem Bilde einer traumatischen Neurose zusammenfügen. Auffallend ist allerdings, daß bei Ablenkung der Aufmerksamkeit die Empfindlichkeit des rechten Unterschenkels gegen Berührungen oft erheblich abnimmt, und daß die Stellen der größten Schmerzhaftigkeit zu verschiedenen Zeiten verschieden lokalisiert werden. Systematischen Untersuchungen der Hautsensibilität widersetzt sich L. meist wegen der „Schmerzen". Als Rente wurden, da man annahm, daß L. vor dem Unfall vollständig erwerbsfähig gewesen sei, 50 % vorgeschlagen, und es wurde empfohlen, L. zwecks eventueller Besserung seines Zustandes und weiterer Beobachtung der psychiatrischen Klinik zu Gehlsheim zu überweisen.

In dieser Anstalt verblieb L. vom 28. Dezember 1908 bis zum 4. Mai 1909. Das Resultat der Beobachtung war das folgende: Mittelgroßer regelmäßig gebauter Mann, Fettpolster reichlich, Muskulatur kräftig entwickelt. Haut und sichtbare Schleimhäute gut gefärbt. Keine Oedeme. Im Nacken und auf der Brust, namentlich in den unteren Partieen, reichliche rundliche oder längliche, z. T. narbig verzogene weiße Flecken, die an Leukoderma erinnern, aber in Bezug auf Form und Sitz nicht durchweg typisch erscheinen. Kopf ohne Abnormitäten, Narben oder Verletzungen. Haare schwarz, z. T. grau schimmernd, stellenweise gelichtet. Innere Organe von normalem Befunde.

Das rechte Bein ist nach dem Gehen bläulich rot, nach längerem Liegen gleich dem linken blaßrosa gefärbt. Der rechte Unterschenkel weist mehrere von oben nach unten verlaufende, zum Teil bis auf den Knochen gehende und auf ihm nicht verschiebliche Narben auf. Das Wadenbein scheint ungefähr in der Mitte einen Defekt zu haben. Die Oberschenkel haben, in gleichem Abstande vom oberen Rande der Patella gemessen, fast ganz gleichen Umfang, die Unterschenkel, 15 cm unterhalb des unteren Randes der Patella gemessen, einen solchen von rechts ca. 32 cm, links ca. 33 cm.

Motilitätsstörungen sind augenscheinlich nicht vorhanden, wenn auch die Bewegungen im rechten Knie- und Fußgelenk nur langsam und in beschränktem Grade ausgeführt werden.

Sensibilität überall außer am rechten Knie, Unterschenkel und Fuß normal. Ein leises Berühren der Haut an diesen Stellen läßt Patient am Anfang der Untersuchung ohne Schmerzäußerung vornehmen, bezeichnet es aber später als schmerzhaft. Stärkerer Druck und genaueres Palpieren der Narben, Muskeln und Knochen löst von vornherein Schmerzenslaute und Abwehrbewegungen aus. Stauchen der Fußwurzel- gegen die Unterschenkelknochen wird auch als schmerzhaft bezeichnet. Genauere Sensibilitätsprüfung (Unterschied von warm und kalt, Holz und Metall) ist wegen der Unkenntnis der deutschen Sprache nicht möglich. Es macht jedoch den Eindruck, als

ob L. absichtlich falsche Angaben macht und so tut, als verstände er nicht deutsch.

Das Verhalten der Reflexe ist folgendes: Kniescheiben- und Achillessehnenreflex links gesteigert, rechts nicht genau zu prüfen, da Patient bei jeder Berührung des rechten Beines zusammenzuckt. Die übrigen Reflexe bieten keinen besonderen Befund. Pupillen gleich weit, prompt auf Lichteinfall und Accomodation reagierend. Im Urin weder Eiweiß noch Zucker.

Die Stimmung des L. ist sehr wechselnd, bald heiter, bald traurig, bald gereizt. Das Sensorium ist nicht getrübt. Eine Prüfung der geistigen Fähigkeiten ist nicht möglich. L. sagt, er sei ganz gesund, könne gut umhergehen, allerdings nur mit 2 Stöcken. Beim Gehen setzt er das rechte Bein überhaupt nicht auf. Zum Gehen mit einem Stock ist L. nicht zu bewegen. Erst am letzten Tage seines Aufenthalts in Gehlsheim, nachdem er gehört hat, daß er entlassen werden sollte, bessert sich seine Gehfähigkeit, er braucht nur einen Stock als Stütze und setzt den kranken Fuß, wenn auch nur leicht, auf den Boden auf. Zu dem Versuche, sich zur Probe einmal auf den kranken Fuß zu stellen, läßt L. sich auch jetzt nicht bewegen.

Die Therapie, die in passiven Bewegungen und Massage bestand, führte zu folgender Besserung:

Die Schmerzen sind nach dem Urteil des Patienten geringer, aber immer noch sehr groß; das Gehen ist, wie die Beobachtung am Ent-

lassungstage zeigte, mit Hilfe nur eines Stockes möglich. Patient hält sich in mancherlei Hinsicht für arbeitsfähig, glaubt einzelne landwirtschaftliche Arbeiten verrichten zu können.

Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um eine nervöse Störung, die infolge eines Unfalles eingetreten ist und hysterisch-neurasthenischen Charakter zeigt. Das Verhalten des L. legte manchmal den Verdacht auf Simulation nahe, doch ist deren Nachweis nicht gelungen. Als Rente wurden 50% vorgeschlagen.

Dritter Fall.

Der Arbeiter F. G., 47 Jahre alt, gibt an, daß er früher stets gesund gewesen sei. Im Juni 1902 habe er einen Unfall erlitten, indem er beim Aufladen von schweren Holzklötzen plötzlich einen Stich in der rechten Seite verspürt habe. Nach einer kurzen Pause habe er weiter gearbeitet. Erst am nächsten Tage seien heftige Schmerzen in der rechten Leibseite aufgetreten. Er habe dann längere Zeit zu Bett gelegen. Im Herbst 1902 seien dieselben Schmerzen auch in der linken Körperseite aufgetreten.

Auf das Gutachten des behandelnden Arztes hin, der die Diagnose auf Neurasthenie infolge Unfalls stellte, wurde G. für dauernd invalide im Sinne des Gesetzes erklärt. Er wurde dann noch zu wiederholten Malen von Sachverständigen zwecks

Feststellung des Grades seiner Erwerbsfähigkeit untersucht; eine Besserung konnte jedoch nicht konstatiert werden.

Auf das letzte Gutachten hin, in dem zwecks Besserung des Zustandes ein 2—3 Monate langer Aufenthalt in einer Nervenklinik empfohlen wurde, wurde G. seitens der Landesversicherungsanstalt am 19. Juni 1909 der psychiatrischen Klinik in Gehlsheim überwiesen, wo er bis zum 24. Juli verblieb. Das Resultat der Beobachtung, welches mit den in den früheren Gutachten niedergelegten Beobachtungen im wesentlichen übereinstimmt, war folgendes:

Was zunächst die subjektiven Klagen betrifft, so gibt Patient an, daß er stechende und ziehende Schmerzen in der rechten Taillengegend unter den kurzen Rippen habe. Diese Schmerzen seien immer vorhanden, würden jedoch bei Anstrengungen oder Witterungswechsel heftiger und dehnten sich dann über den ganzen Leib, hauptsächlich über den Unterleib, nach dem Rücken herumziehend, aus, so daß er keine schwereren Arbeiten verrichten könne. Auch verstärkten sich die Schmerzen, wenn er sich nach links neige und sich die rechte Seite dadurch spanne. Der Schlaf sei häufig durch Schmerzen gestört. Außerdem bestehe ein beständiger Druck im Kopfe, auch fühle er sich im ganzen schwach und matt.

Objektiv wurde folgendes festgestellt: Ernährungszustand gut, Muskulatur kräftig entwickelt, Fettpolster mäßig, Knochenbau regelmäßig. Die

linke Schulter hängt etwas herab, der Rücken ist leicht gerundet. Schädelbau ohne Besonderheiten. Haare spärlich, teilweise grau. Zunge, Gaumen ohne Besonderheiten. Die Pupillen sind mittelweit, gleich und reagieren prompt. Die Augenbewegungen sind ungestört. Herz- und Lungenbefund normal. Puls kräftig, gleichmäßig, Frequenz 90, am Ende der Untersuchung 72.

Bei Druck auf das Abdomen werden an fast jeder Stelle Schmerzen geäußert, es tritt dabei aber keine stärkere Contractur der Bauchmuskulatur ein. Am lebhaftesten sind die Schmerzen angeblich auf der rechten Seite unterhalb der Rippen. Die Untersuchung der Abdominalorgane ergibt keinen pathologischen Befund.

Die Wirbelsäule ist bei Beklopfen angeblich stark schmerzhaft; im Anschluß an jeden Schlag Zuckungen des Rumpfes im ganzen.

Genitalorgane ohne Besonderheiten. In der rechten Inguinalfurche bohnengroßer, verschieblicher Tumor, auf Lymphadenitis beruhend.

Die Beine zittern beim Emporheben lebhaft, ebenso beim Beklopfen des Oberschenkels, der Patella und deren Sehne und der Tibiakante. Hochheben der Arme verursacht Schmerzen. Andere Freiübungen, auch Rumpfbewegungen, werden ausgeführt, ohne daß Schmerzen geäußert werden. Auf nachheriges Befragen erklärt G. allerdings, daß er Schmerzen bei den Bewegungen empfunden habe.

Patellar- und Achillessehnenreflex beiderseits sehr lebhaft. Bei Ablenkung der Aufmerksamkeit treten diese Reflexe weniger lebhaft auf, die Zuckungen bleiben sogar ganz aus. Die übrigen Reflexe bieten keine Besonderheiten. Bei Bestreichen der Haut mit einem schmalen Gegenstande tritt strichförmige Rötung und leichte Schwellung auf (Dermographismus).

Sensibilität — abgesehen von der Hyperästhesie im Bereich der Wirbelsäule — Berührungsempfindung und Temperatursinn nirgends gestört.

Kein Romberg'sches Phänomen. Urinuntersuchung ergab keinen Eiweiß- oder Zuckergehalt. Die Sprache ist leicht stotternd.

Während seines Aufenthaltes in der Anstalt zeigte G. dauernd ein stilles und gedrücktes Wesen und war oft den Tränen nahe. Seine Gedanken beschäftigten sich einförmig mit seinen hypochondrischen Beschwerden und machten ihn, wenn auch nicht gerade willenlos, so doch zu ernsterer Anstrengung unfähig. In der zweiten Hälfte seines Anstaltsaufenthalts verrichtete er leichte landwirtschaftliche Arbeiten, mußte aber immer bald wieder aufhören, da sich bei ihm eine überaus schnelle Ermüdbarkeit geltend machte.

Sein Schlaf war anfangs hochgradig gestört, besserte sich aber nach Verabreichung von Medikamenten und blieb auch später ohne diese eine Zeit lang gut, bis ihm die Sorge um den Lebensunterhalt seiner Familie während seines Aufenthalts in der

Anstalt und die Furcht, die Rente eventuell zu verlieren, das einigermaßen hergestellte seelische Gleichgewicht und den Schlaf wieder raubten.

Zwar ist es nicht ausgeschlossen, daß G. in einzelnen Dingen in gewissem Grade übertreibt infolge der schon erwähnten Furcht vor Entziehung der Rente. Aber diese Furcht ist gerade ein Hauptgrund dafür, daß die Krankheit sich in dem Maße entwickelt hat, und gehört mit zum Bilde der Krankheit, an der G., wie die Beobachtung mit Sicherheit hat erkennen lassen, leidet. Sie besteht in einer im Anschluß an den Unfall und den dabei erlittenen Schreck eingetretenen bedeutenden Herabsetzung der körperlichen und gemütlichen Widerstandsfähigkeit und wird „traumatische Neurose“ oder „traumatische Hysterie“ genannt. Im vorliegenden Falle tritt besonders der hysterisch-hypochondrische Charakter der Erkrankung hervor.

Ein dauernder Erfolg konnte bei der kurzen Dauer der Anstaltsbehandlung nicht erzielt werden. Die Invalidität besteht also in gleichem Grade weiter.

Werfen wir jetzt einen Rückblick auf unsere Fälle, so ist zunächst zu bemerken, daß es sich in allen drei Fällen um Unfälle im Sinne des Gesetzes handelt, die als solche auch begutachtet worden sind. Es ist klar, daß die Patienten, die sämtlich dem Arbeiterstande angehörten, nach Lage der Sache ein großes Interesse daran hatten, daß ihr Leiden auf den erlittenen Unfall zurückgeführt wurde, damit sie in den Besitz der Rente gelangten. Es

trugen also bei ihnen außer dem Unfall selbst und der mit demselben verbundenen seelischen Erschütterung noch Begehrungsvorstellungen und die mit dem Kampf um die Rente verbundenen nervösen Aufregungen durch Untersuchungen, Prozesse etc. zur Entwickelung der Neurose bei.

Vor dem Unfall waren die Patienten sämtlich vollkommen arbeits- und erwerbsfähig und mit Ausnahme des ersten Falles in neuropathischer Beziehung nicht belastet. Es ist interessant zu sehen, ein wie geringer Anlaß (Abrutschen auf einer Treppe) genügte, um bei Fall I auf der Grundlage der Imbezillität eine schwere Neurose auf dem Wege der Vorstellung zur Entwicklung zu bringen. Voraufgegangene Lues oder Alkoholismus ließ sich bei keinem Patienten konstatieren.

Art und Angriffsort der Verletzung, die den Anstoß zur Entstehung der Erkrankung gibt, können, wie die angeführten Krankengeschichten lehren, sehr mannigfacher Art sein.

Im Fall I betrifft die Verletzung einen Arbeiter, der, während er einen Sack Korn trug, 6 Stufen einer Treppe herunterglitt. Einige Monate später erlitt derselbe einen ähnlichen Unfall, indem er beim Strohtragen von der oberen Sprosse einer Leiter abglitt und auf der unteren mit einer gewissen Wucht aufstieß. Als Folge konnte in beiden Fällen nur eine Schwellung und Druckempfindlichkeit der rechten Wade konstatiert werden.

Im Fall II kam die Verletzung dadurch zu Stande, daß eine mit Sand beladene Lowry gegen beide Beine des Patienten schlug, wobei derselbe sich eine Quetschung des linken und Fraktur des rechten Beines zuzog.

Im Fall III handelt es sich um einen Knecht, der beim Aufladen von Holzstämmen plötzlich einen Stich in der rechten Seite verspürte.

Sehr vielgestaltig ist auch das Symptomenbild der Erkrankung selbst, welches wir im folgenden speziell in Hinsicht auf unsere Fälle kurz skizzieren möchten.

Die Krankheitserscheinungen treten zuweilen in unmittelbarem Anschluß an die Verletzung auf, in den weitaus meisten Fällen jedoch entwickeln sie sich erst nach Tagen, Wochen oder selbst Monaten. Das klinische Bild kann in den verschiedenen Fällen nach Intensität und Qualität der einzelnen Erscheinungen ein sehr wechselndes sein.

Unmittelbar nach erlittenem Unfall können sich die Zeichen des Shoks einstellen, der mitunter mehrere Stunden andauert. In anderen Fällen tritt ein kurzwährendes Stadium der Bewustlosigkeit, Benommenheit oder Verwirrtheit ein. Recht oft bietet der Verunglückte zunächst gar keine Krankheitssymptome, er arbeitet weiter (cf. Fall I und III), bis sich nach einem oder mehreren Tagen die ersten Krankheitserscheinungen zeigen. Endlich gibt es Fälle (cf. Fall II), in denen die Aufmerksamkeit des Kranken und auch des Arztes

Wochen oder selbst Monate lang der chirurgischen Verletzung zugewandt ist, während sich aus unbedeutenden Anfangserscheinungen, und ohne daß der Beginn genau zu fixieren wäre, nervöse Störungen entwickeln, die sich allmählich verschlimmern, derart daß nicht nur der Laie, sondern auch selbst der Arzt, der mit dem Bilde der traumatischen Neurose nicht recht vertraut ist, geneigt ist, den Kranken für einen Simulanten zu halten.

Gehen wir nach diesem allgemeinen Überblick über das Krankheitsbild auf die Symptome im einzelnen ein, so wäre zunächst vorauszuschicken, daß in keinem unserer Fälle die beobachteten Symptome sich mit irgendwelcher Wahrscheinlichkeit auf eine organische Läsion des Zentralnervensystems zurückführen ließen, sondern alle waren ganz eindeutig funktioneller Natur.

Die ersten Beschwerden des Patienten sind gewöhnlich rein subjektiver Natur; er klagt über Schmerzen, sei es an der Stelle, wo das Trauma eingewirkt hat (cf. Fall I, II und III), oder in der ganzen entsprechenden Körperhälfte, bei den allgemeinen körperlichen Erschütterungen speziell in der Kreuz- und Rücken-, sowie in der Hinterhauptsgegend. In beiden Fällen wird außerdem meist über Kopfschmerz resp. dumpfen Druck im Kopf geklagt (cf. Fall III). Der Charakter und die Intensität der Schmerzen ist sehr verschieden, demnach nicht typisch, meistens werden sie als dumpf,

drückend, bohrend geschildert und sind von mäßiger Heftigkeit. Sie steigern sich in hohem Maße bei Erregung, Berührung und Bewegungen, so daß der Kranke bestrebt ist, den schmerzhaften Körperteil bei Bewegungen, beim Gehen usw. zu fixieren resp. die betreffenden Bewegungen nach Möglichkeit zu vermeiden (cf. Fall I, II und III).

Hierzu gesellt sich ein Gefühl von Unruhe, Aufregung, Schreckhaftigkeit und Angst, das oft verbunden ist mit starkem Schwitzen. Bei Steigerung dieses Erregungszustandes entwickelt sich dann, wie wir es auch in unseren Fällen beobachten konnten, eine hypochondrisch-melancholische Verstimmung mit Angstzuständen und einer abnormen progressiven Gemütsreizbarkeit, die dem ganzen Krankheitsbilde sein spezifisches Gepräge gibt. Die Patienten sitzen in gedrückter Haltung da, ohne Teilnahme an ihrer Umgebung zu nehmen. Ihr Interesse für die Außenwelt, manchmal selbst für die Familie, ist völlig abgestumpft. Sie werden wortkarg, suchen die Einsamkeit und sind ganz versunken in ihre Grübeleien, denen stets der erlittene Unfall und seine etwaigen Folgen zu Grunde liegen. Dabei geben sie fortwährend auf ihren Körper acht, halten jede unangenehme Sensation für sehr bedeutend und sehen sie als Folge ihres Unfalls an. Außerdem sind die Kranken abnorm reizbar (cf. Fall II) und rührselig, bei ganz geringfügigen Anlässen fangen sie an zu weinen (cf. Fall III). Der Schlaf ist oft gestört durch schreckhafte Träume, zu denen auch

wieder der erlittene Unfall den Stoff lie
In anderen Fällen wie in Fall III ist es die Sorge um den Lebensunterhalt der Familie und die Furcht vor Entziehung der Rente, die dem Patienten den Schlaf rauben. Häufig sind auch Klagen über Gedächtnisschwäche, die aber wohl vielfach darauf zurückzuführen sind, daß die Kranken in einseitiger Weise nur für ihren Unfall und das, was mit ihm zusammenhängt, Interesse haben. Eine wesentliche Abnahme der Intelligenz läßt sich in der Mehrzahl der Fälle nicht konstatieren, kommt jedoch hin und wieder vor, wie Fall I lehrt, wo eine progressive Abnahme der Geisteskräfte beobachtet wurde. Allerdings bestand bei diesem Kranken schon vor dem Trauma ein gewisser Grad von Schwachsinn, der eine Beaufsichtigung und Leitung durch die Angehörigen notwendig machte.

Hinsichtlich der nervösen Erscheinungen werden als häufige Symptome einfaches Zittern des Körpers oder einzelner Glieder vom Charakter des nervösen Zitterns, welches sich bei psychischen Erregungen steigert (cf. Fall II und III), ferner Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, häufig in Verbindung mit Krampfzuständen, beobachtet. Hierzu kommen motorische Störungen. Fast in allen Fällen findet sich eine Beschränkung der willkürlichen Bewegungen (cf. Fall I, II und III). Neben der durch die psychische Depression begründeten allgemeinen Bewegungsbehinderung sind es besonders die Schmerzen, die die Kranken veranlassen, viele Bewegungen zu ver-

meiden. In manchen Fällen besteht jedoch auch eine wirkliche Parese, die eine Extremität oder auch eine ganze Körperhälfte befallen kann. Dieselbe steigert sich bisweilen bis zur vollständigen Paralyse. Diese Lähmungszustände unterscheiden sich aber von den durch organische Krankheiten des Zentralnervensystems hervorgerufenen in wesentlichen Punkten und zeigen den Charakter der hysterischen Lähmungen. Die afficierten Muskeln behalten für gewöhnlich ihr normales Volumen, indessen tritt, wenn eine Lähmung längere Zeit besteht, in den gelähmten Partieen infolge Nichtgebrauchs des Gliedes Muskelatrophie ein mit Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit, niemals aber tritt völlige Entartungsreaktion ein. Bemerkenswert ist noch, daß die Motilitätsstörungen nie ausschließlich die von einem Nerven versorgten Muskeln betreffen. Zuweilen sind auch Muskelkontrakturen hysterischer Natur die Ursache der Bewegungsstörung.

Sehr wichtig für die Beurteilung dieser Krankheitszustände ist der Gang des Kranken, der mannigfache Störungen erleiden kann, die aber doch nicht so eigenartig sind, daß Simulation ohne weiteres ausgeschlossen werden könnte. Wohl aber unterscheidet sich die Gehstörung wesentlich von den bei materiellen Erkrankungen des Nervensystems vorkommenden Gangarten. Sehr auffallend war der Gang des Pat. F. (Fall I): es wurde das rechte Bein in stärkster Extension gehalten, sogar etwas überstreckt, und dabei in stärkster seitlicher Abduktion

in einer höchst gezwungenen Weise aufgesetzt. Diese Gangart machte so sehr den Eindruck des Gekünstelten, daß von mehreren Gutachtern Simulation angenommen wurde. In Fall II wurde das rechte Bein überhaupt nicht aufgesetzt, mit Hülfe zweier Stöcke bewegte sich der Patient mühsam vorwärts. Bei Entziehung des einen Stockes kroch er auf allen Vieren.

Die Sehnenreflexe, namentlich die Patellarreflexe, sind häufig verändert, meist gesteigert (Fall I, II und III), mitunter auch herabgesetzt, aber nie ganz aufgehoben. Patellar- und Fußklonus fehlen fast immer.

Die Sprache ist häufig behindert, bald einfach verlangsamt (Fall I), bald stotternd (Fall III).

Die Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall und Akkommodation ist meistens prompt (cf. Fall II und III), dagegen wird mitunter eine Differenz der Pupillenweite beobachtet.

Einen wichtigen Teil des ganzen Symptomenkomplexes bilden Anomalieen der Sensibilität und der Sinnesfunktionen. Am häufigsten finden sich, wie schon erwähnt, Schmerzen, deren Lokalisation meistens, wie auch in unseren Fällen, von dem Orte des Traumas abhängig ist; daneben sind fast immer Kopfschmerzen vorhanden. Hyperästhesieen bestehen meistens nur an umschriebenen Stellen wie z. B. an der Haut der verletzten Körperstelle (cf. Fall II). In Fall III war die Haut des Rückens und Leibes übermäßig empfindlich. Außerdem bestand bei diesem Patienten Druckempfindlichkeit

einzelner Dornfortsätze, besonders derjenigen des letzten Brustwirbels und sämtlicher Lendenwirbel. Die Hypästhesieen resp. Anästhesieen haben gewöhnlich eine größere Ausbreitung, sie betreffen vielfach eine ganze Körperseite in der Form der sogenannten Hemianästhesia hysterica. Namentlich pflegt die Empfindung für schmerzhafte Reize herabgesetzt oder vollständig erloschen zu sein. Auch Parästhesieen wie Kriebeln, Ameisenkriechen etc. sind beobachtet. Charakteristisch ist, daß auch die Verbreitung der Sensibilitätsstörungen nicht dem Ausbreitungsbezirke eines bestimmten Nerven entspricht; auch zeigen sie nie die topische Anordnung, wie wir sie bei den materiellen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks finden.

Was die Störungen der Sinnesempfindungen betrifft, so ist am häufigsten, jedoch keineswegs konstant, konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes beobachtet worden, außerdem sind in vereinzelten Fällen, namentlich nach Kopfverletzungen, Ohrensausen, nervöse Schwerhörigkeit, Abnahme des Geruchs- nnd Geschmackssinnes konstatiert.

Die Hautreflexe zeigen kein übereinstimmendes Verhalten, bald sind sie gesteigert, bald, besonders der anästhetischen Zone entsprechend, herabgesetzt oder erloschen.

Ein sehr häufiges Symptom ist schließlich noch eine abnorme Erregbarkeit des Herznervensystems, so daß geringe Anlässe, wie z. B. die ärztliche Untersuchung, die Pulsfrequenz bedeutend ansteigen lassen

(cf. Fall III). Fast ebenso häufig sind vasomotorische Störungen wie lokale Cyanose der Haut (cf. Fall II) und Dermographismus. Letzteres Phänomen war in Fall III sehr ausgesprochen. Trophische Störungen sind im ganzen recht selten, am häufigsten kommt frühzeitiges Ergrauen der Haare und Haarausfall vor (cf. Fall II und III). Der allgemeine Ernährungszustand pflegt in der Regel nicht sehr zu leiden, auch in unseren Fällen konnte kein wesentlicher Rückgang in der Ernährung konstatiert werden.

Bevor ich zur Besprechung der Prognose und Therapie übergehe, sei es mir gestattet, noch auf die Gutachtertätigkeit des Arztes bei den traumatischen Neurosen näher einzugehen. Die Fragen, die dem Arzte vorgelegt werden, sind im wesentlichen folgende: 1. Besteht bei dem zu Begutachtenden überhaupt eine Erkrankung, und an welcher leidet er? 2. Ist die bestehende Krankheit eine Folge des erlittenen Unfalls oder durch denselben verschlimmert? 3. Ist eine Heilung oder Besserung zu erwarten und innerhalb welcher Zeit? 4. Ist der Untersuchte infolge seiner Krankheit vollständig oder teilweise erwerbsunfähig?

Die Beantwortung dieser Fragen ist in einer nicht geringen Zahl von Fällen recht schwierig, ja fast unmöglich. Schon die erste Frage, ob überhaupt eine Erkrankung vorliegt, ist manchmal recht schwer zu entscheiden, da sie die Frage nach der Simulation beziehungsweise Übertreibung in sich schließt. Wie schon in der Einleitung erwähnt,

gehen die Ansichten der verschiedenen Autoren über die Häufigkeit der Simulation weit auseinander. Das Vorkommen derselben ist in früheren Zeiten, als man noch wenig in das Wesen dieser Krankheitszustände eingedrungen war, sehr überschätzt worden. Aber auch heute noch differieren die Ansichten der Gutachter hinsichtlich der Simulationsfrage oft nicht unerheblich, wie wir auch in unseren Fällen konstatieren konnten. Fall I, wo es sich um einen geheilten Fall von Hysterie nach einem Trauma handelt, wobei die ausgeführte Operation und der fixierende Verband suggestiv in heilendem Sinne wirkten, zeigt recht deutlich, wie schwierig die Unterscheidung zwischen Simulation und Hysterie sein kann. Der Patient wurde von zwei Gutachtern für einen Simulanten erklärt, wobei der eine Sachverständige, ein Arzt an einem medico-mechanischen Institut, allerdings bemerkt, die Simulation sei dem Patienten als eine bewußte nicht anzurechnen, da er nervös belastet sei. Auf Grund dieser Gutachten wurde die Rentenzahlung eingestellt, und die Berufung des Patienten vom Schiedsgericht zurückgewiesen. Auch seitens der chirurgischen Klinik wurde zunächst Simulation resp. starke Übertreibung angenommen, und die Erwerbsbeschränkung auf 25 % geschätzt, wobei als Maßstab für die Beurteilung derselben lediglich die chirurgische Verletzung in Rechnung gezogen wurde, während die psychiatrische Klinik den Untersuchten für zur Zeit vollständig erwerbsunfähig erklärte, jedoch zwecks Besserung des Zustandes eine ge-

eignete Behandlung vorschlug. Der Erfolg der Operation erbrachte dann den schlagenden Beweis, daß der Verdacht auf Simulation vollständig ungerechtfertigt gewesen war. Auch in Fall II war die Frage, ob der Patient seine Beschwerden simuliere, schwer zu entscheiden. Auffallend war, daß bei Ablenkung der Aufmerksamkeit die Empfindlichkeit des rechten Unterschenkels gegen Berührungen oft erheblich abnahm, und daß der Kranke, nachdem er die Nachricht von seiner bevorstehenden Entlassung erhalten hatte, plötzlich bedeutend besser gehen konnte. Außerdem hatte man den Eindruck, daß er manchmal absichtlich falsche Angaben machte, jedoch konnte der Nachweis der Simulation nicht erbracht werden. Andererseits stimmten seine Angaben und die gemachten Beobachtungen (sein psychisches Verhalten, der Mangel an Energie, die Steigerung der Reflexe, das Zittern der Hände, die Hyperästhesie der Haut am rechten Unterschenkel) zu dem Krankheitsbilde der traumatischen Neurose, so daß die Diagnose mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gestellt werden konnte.

Gerade durch den Simulationsverdacht wird häufig der Zustand des Patienten derart verschlimmert, daß Selbstmordversuche nichts Seltenes sind. Deshalb trete man an jeden Fall ohne Voreingenommenheit heran und untersuche zunächst, ob sich zur Erklärung der subjektiven Beschwerden objektive Zeichen einer Erkrankung auffinden lassen. Erscheint

nach genauester Untersuchung eine organische Krankheitsursache ausgeschlossen, so suche man nach neurasthenischen, hypochondrischen oder hysterischen Symptomen. Hierbei achte man besonders auf das seelische Verhalten des Kranken und auf diejenigen Krankheitserscheinungen, die nicht simuliert werden können, wie das Zittern, die Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit und die vasomotorischen Störungen der Haut. In schwieriger zu beurteilenden Fällen wird die Beobachtung in einem Krankenhause resp. einer psychiatrischen Klinik sich vernotwendigen, besonders auch, um den Kranken während und nach einer Arbeit beobachten zu können, was für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit oft von ausschlaggebender Bedeutung ist (cf. Fall III). Erst wenn trotz eingehendster Untersuchung und genügend langer Beobachtung das Ergebnis ein negatives oder widerspruchsvolles ist, ist der Arzt berechtigt, den Verdacht auf Simulation auszusprechen. Würdigt man aber die hervorragende Beteiligung der Psyche an allen Zuständen unserer Krankheit, so wird man der Simulation ein viel kleineres Feld, als dies bisher vielfach noch geschieht, einräumen müssen.

Anders liegen die Verhältnisse bei der Beantwortung der Frage, ob der Kranke seine Beschwerden übertreibt. Übertreibung kommt — darin sind sich auch fast alle Gutachter einig — außerordentlich häufig vor, so daß man mit ihr bei jeder Untersuchung, von der ja auch die wirtschaftliche

Lage des Betreffenden abhängt, rechnen muß. Ihre Begründung findet sie teils in der Natur der Erkrankung selbst, teils in der Persönlichkeit des zu Begutachtenden.

Die zweite Frage, die zu beantworten ist, lautet: Ist die festgestellte Erkranknng eine Folge des erlittenen Unfalls oder durch denselben verschlimmert? Auch diese Frage ist nicht immer leicht zu entscheiden. Es kommt vor, daß der Kranke vorzutäuschen versucht, daß ein schon früher vorhandenes Leiden durch den Unfall erst erworben sei. Noch häufiger wird unbewußt ein altes Leiden auf den Unfall bezogen, wie es z. B. bei organischen Herzfehlern beobachtet ist. Schwierig ist ferner die Beurteilung, wenn vor der Verletzung chronische Vergiftungszustände bestanden. Namentlich kann chronischer Alkoholismus ganz ähnliche Erscheinungen hervorrufen, wie wir sie nach Traumen auftreten sehen. Von praktischer Wichtigkeit ist aber diese Unterscheidung nicht, da nach dem Urteil des Reichsversicherungsamts auch bei nachgewiesenem Alkoholismus eine Entschädigung gewährt werden muß, wenn erst durch den Unfall die Erwerbsfähigkeit verringert oder ganz aufgehoben ist. Der begutachtende Arzt hat in einem solchen Falle nur festzustellen, daß zwar chronischer Alkoholismus vorliegt, daß aber das Leiden, welches die partielle resp. vollständige Arbeitsunfähigkeit bedingt, erst durch das Trauma ausgelöst ist.

In der Regel wird sich aus den Personalakten

feststellen lassen, ob schon vor der Verletzung nervöse Krankheitserscheinungen bestanden haben, die eine verminderte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bedingten. In allen Fällen aber erhebe man eine möglichst genaue Anamnese über die Zeit vor dem Unfall und ersuche eventuell den früher behandelnden Arzt resp. den Arbeitgeber um nähere Mitteilung. Für die Entscheidung der Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang der bestehenden Erkrankung mit dem Unfall ist ferner von großer Wichtigkeit neben der Art des Unfalls und dem Grade des bei demselben erlittenen psychischen Shoks die Art, wie sich das Leiden entwickelt hat. Wie oben schon ausgeführt, brauchen die nervösen Symptome — abgesehen von besonders schweren Unfällen — in der Regel eine gewisse Inkubationszeit bis zur vollen Entwickelung.

Bezüglich der dritten Frage nach der Heilbarkeit beziehungsweise Besserungsfähigkeit des Leidens verweise ich auf das in dem späteren Abschnitt über die Prognose zu sagende.

Die letzte wichtige Frage, über die das Gutachten Auskunft geben soll, bezieht sich auf den Grad der Erwerbsunfähigkeit. Eine vollständige Erwerbsunfähigkeit ist meist vorhanden bei den schweren Mischformen, wo sich neurasthenische Erscheinungen mit hypochondrischen und hysterischen vereinigen, wie es z. B. in Fall III der Fall ist, doch braucht dieselbe nicht dauernd zu sein, vielmehr kommt es, wenn auch selten, vor, daß selbst nach

längerem Bestande der Krankheit, wenn die Entschädigungsfrage geregelt ist, und somit viele schädliche Aufregungen für den Kranken fortfallen, eine allmähliche Besserung eintritt. Als Regel aber werden wir es trotzdem ansehen müssen, daß, wenn das Leiden mehrere Jahre keine Tendenz zur Besserung gezeigt hat, es sehr unwahrscheinlich ist, daß eine solche und damit auch eine Besserung der Arbeitsfähigkeit noch erfolgen wird. Bei den einfachen Formen von Neurasthenie, Hysterie oder Hypochondrie besteht meist nur partielle Arbeitsunfähigkeit, jedoch kommt auch hier völlige Arbeitsunfähigkeit vor, wie Fall I beweist, wo infolge der hysterischen Symptome die Arbeit unmöglich war. Zugleich lehrt uns dieser Fall aber auch, daß man sich hüten muß, in Fällen vorhandener vollständiger Erwerbsunfähigkeit zu früh jede Möglichkeit einer Besserung von der Hand zu weisen. Eine partielle Rente wird auch oft als sogenannte Übergangsrente gewährt, damit die Patienten sich wieder an die Arbeit gewöhnen. Doch gehen die Ansichten über den Wert derselben sehr auseinander.

Den Grad der Erwerbsbeschränkung zahlenmäßig anzugeben, wird der Arzt oft garnicht in der Lage sein, da er die Art und Schwere der Arbeit selten richtig einzuschätzen vermag. Man wird deshalb gut tun, in zweifelhaften Fällen den Grad der Erwerbsbeschränkung eher etwas zu hoch als zu niedrig zu bemessen, zumal da schon wiederholt Kranke, die sich für völlig erwerbsunfähig hielten

bei denen aber ärztlicherseits nur eine beschränkte Erwerbsfähigkeit angenommen wurde, zu selbstmörderischen Taten getrieben wurden. Keinesfalls aber darf man andererseits durch Gewährung zu hoher Renten das heilende Moment ausschalten, das in dem Zwange zur Arbeit liegt.

Vielfach ist die Frage erörtert worden, ob es nicht besser sei, eine einmalige Kapitalabfindung, wie sie z. B. in den schweizerischen Haftpflichtgesetzen vorgesehen ist, anstatt der fortlaufenden Rente zu gewähren. Dagegen spricht jedoch die schon oben besprochene Möglichkeit der Veränderung der für die Entschädigung maßgebenden Verhältnisse, die in der oft sehr langsamen Entwickelung der Erkrankung begründet ist, so daß die Rentenentschädigung als die für den Verletzten gerechteste Entschädigungsform anzusehen ist.

Die Prognose quoad vitam ist im allgemeinen günstig, da die Lebensdauer durch die Erkrankung meist nicht wesentlich verkürzt wird. Eine Ausnahme bilden — abgesehen von den Fällen, wo auf Grund der schweren Schädigung der Psyche oder infolge ungerechter Simulationsverdächtigung Selbstmord begangen wird — diejenigen Fälle, wo sich aus einer funktionellen Herzstörung ein organisches Herzleiden entwickelt, oder etwa vorhandene Arterienveränderungen, besonders Atherom des Gehirns, sich durch das Trauma schnell verschlimmern und einen frühzeitigen geistigen und körperlichen Zerfall bedingen.

Wesentlich ungünstiger stellt sich die Prognose quoad sanationem completam. Eine volle Heilung ist bei den schweren Mischformen und bei alten Unfallsneurotikern, bei denen sich die Begehrungsvorstellungen einmal festgesetzt haben, sehr selten. Verschlechtert wird die Prognose auch durch die Tatsache, daß sich auf dem Boden der Neurose eine echte Psychose entwickeln kann, wie es nicht so ganz selten vorkommt. Im übrigen wird besonders in den leichteren Fällen, wo die Psyche weniger am Krankheitsbilde beteiligt ist, durch geeignete Behandlung, die am besten in einer Anstalt erfolgt, oft eine Heilung oder eine an Heilung grenzende Besserung erzielt, wenn auch oft eine gewisse nervöse Schwäche und krankhafte Reizbarkeit zurückbleibt. Von einer Wiederbeschäftigung in einem verantwortungsvollen und mit psychischen Aufregungen verknüpften Berufe ist in der Regel Abstand zu nehmen. Welchen Einfluß einerseits die mit dem Rentenverfahren verbundenen Untersuchungen und Verhandlungen, andererseits eine möglichst frühzeitige Regelung der Entschädigungsansprüche auf den Verlauf des Leidens ausüben können, ist schon oben ausgeführt worden.

Daß bei diesen prognostisch nicht besonders günstigen Verhältnissen die Therapie keine hervorragenden Ergebnisse liefern kann, liegt auf der Hand. Dieselbe muß vornehmlich eine psychische sein. Der Arzt muß versuchen, sich das Vertrauen des Patienten zu erwerben und durch beruhigenden

Zuspruch und die Versicherung, daß das Leiden heilbar sei und keine Gefahr für das Leben bestehe, auf die Psyche des Kranken einzuwirken. Von Wichtigkeit ist ferner das Fernhalten von schädlichen Aufregungen. Von diesem Gesichtspunkte aus muß der Arzt auch, soweit es in seiner Macht steht, seinen Einfluß dahin geltend machen, daß die eventuelle Entschädigungsfrage eine möglichst schnelle Erledigung findet. Gelingt es, den Zustand des Patienten zu bessern, so muß eine allmähliche Wiedergewöhnung an die Arbeit versucht werden, denn am leichtesten kommen die Kranken über ihre Beschwerden hinweg, wenn sie wieder arbeiten. Für die schweren mit psychischen Störungen verbundenen Formen, bei denen ein großes Bedürfnis nach Ruhe und Zurückgezogenheit besteht, empfiehlt sich oft ein Land- oder Waldaufenthalt. Kaltwasserkuren, Massage, elektrische Behandlung dürfen in geeigneten Fällen versucht werden. Die medikamentöse Therapie, bestehend in der Anwendung von Brompräparaten besonders bei psychischen Reizzuständen und tonisierenden Medikamenten, weist nur geringe Resultate auf, doch darf sie wegen der durch sie erfolgenden Beeinflussung der Psyche nicht ganz vernachlässigt werden Die Ernährung muß kräftig sein; Alkohol, Tabak, Kaffee sind, da die meisten dieser Kranken sehr intolerant dagegen sind, möglichst zu vermeiden. Auf dem Wege der Suggestion entstandene Neurosen muß man durch antisuggestive Bestrebungen, die oft von glänzendem

Erfolge begleitet sind (cf. Fall I), zu beeinflussen suchen.

Für alle Fälle gilt jedoch wie bei allen anderen Krankheiten als oberstes Gesetz der Satz: „Principiis obsta!“, denn bei der völlig ausgebildeten Krankheit sind die therapeutischen Erfolge meist gering.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Schuchardt, für die gütige Überlassung des Materials zur vorliegenden Arbeit und die freundliche Unterstützung bei der Abfassung derselben meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Erichsen, Über die Verletzungen der zentralen Teile des Nervensystems. Deutsch von Kelp 1868.

Erichsen, On concussion of the spine, nervous shok and other obscure injuries of the nervous system. London 1876.

Leyden, Lehrbuch der Rückenmarkskrankheiten. 1875.

Erb, Krankheiten des Nervensystems, Ziemssen's Handbuch.

Riegler, Über die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen. Berlin 1879.

Moeli, Über psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen. Berlin. Klin. Wochenschr. 1881.

Charcot, Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems. Deutsch von Freud 1886.

Strümpell, A., Über die traumatischen Neurosen. Berliner Klinik 1888. Heft 3.

Eisenlohr, Bemerkungen über die traumatische Neurose. Berl. Klin. Wochenschr. 1889.

Möbius, Bemerkungen über Unfallnervenkranke. Münch. med. Wochenschr. 1890. 50.

Seeligmüller, Weitere Beiträge zur Frage der traumatischen Neurose und der Simulation bei Unfallverletzten. Deutsche medizin. Wochenschr. 1891, XVII, 31, 34.

Thomsen und Oppenheim, Über das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesieen. Archiv f. Psychiatrie. Bd. XV.

Oppenheim, Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charité in den 8 Jahren 1883—1891 gesammelten Beobachtungen. Berlin 1892.

Schultze, Friedrich, Über Neurosen und Neuropsychosen nach Trauma. Leipzig 1891.

Strümpell, A., Über die traumatischen Neurosen. Verhandlungen des XII. Kongresses für innere Medizin. Wiesbaden 1893.

Strümpell, A., Über die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken. München 1895.

Oppenheim, Der Fall N. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neurosen. Berlin 1896.

Sänger, A., Die Beurteilung der Nervenerkrankungen nach Unfall. Stuttgart 1896.

Fürstner, Zur Symptomatologie der chronischen Unfallerkrankungen des Zentralnervensystems und über die Beziehungen der letzteren zur Unfallgesetzgebung. Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1896.

Schuster, P., Zur neurologischen Untersuchung Unfallverletzter. Berliner Klinik, Heft 135.

Sachs-Freund, Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Berlin 1899.

Bruns, Die traumatischen Neurosen. Nothnagel's spezielle Pathol. u. Therapie, Bd. XII. Wien 1901.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Vollrath Kablitz, wurde am 8. Oktober 1881 zu Schwerin i. M. geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium Fridericianum zu Schwerin, das er Michaelis 1900 mit dem Reifezeugnis verließ. Darauf widmete er sich zunächst dem Studium der Philosophie, später dem der Medizin an den Universitäten in Berlin, Bonn und Rostock. An letzterer Universität bestand er am 10. Juni 1909 die ärztliche Staatsprüfung und am 29. November 1909 das Examen rigorosum. Als Medizinalpraktikant war er bisher 3 Monate an der Universitäts-Poliklinik für Nerven- und Gemütskranke zu Rostock (Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Schuchardt) und 5 Monate an der Großh. Irrenanstalt Sachsenberg bei Schwerin i. M. (Direktor Obermedizinalrat Dr. Matusch) tätig.